

Salud en la Propuesta del Plan de Desarrollo del Presidente Duque : Fortalezas y debilidades



Contenido

- Modelo Centrado en el Paciente o en las Personas
- El Concepto de Salud Sexual y Reproductiva-Matrimonio Temprano
- Calidad del Aire
- Disminución Recursos para la Salud Pública
- Talento Humano en salud
- Metas en Salud



Modelo Centrado en el Paciente o en las Personas

- La Salud está contenida en el III Pacto del Plan Nacional de Desarrollo: "Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados", en la línea numero 2 : "Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos", aunque es un concepto amplio la Salud es influida por todos los XVI pactos que corresponden al Plan.

Universidad de los Andes

Modelo Centrado en el Paciente o en las Personas

- La primera línea es la de "Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible para todos", En ella, el Plan propone un pacto por construir una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente, con cobertura universal sostenible financieramente y acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico que enfrenta Colombia.



El Concepto de Salud Sexual y Reproductiva-Matrimonio Temprano

- El porcentaje de adolescentes que son madres sigue siendo elevado, en especial en las zonas rurales donde, de acuerdo (ENDS) 2015, estuvo en el 24,8 %, 9,7 p. p. por encima de la zona urbana con 15,1 %. El porcentaje de adolescentes que son madres sigue siendo elevado, en especial en las zonas rurales donde, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, estuvo en el 24,8 %, 9,7 p. p. por encima de la zona urbana con 15,1 %.



El Concepto de Salud Sexual y Reproductiva-Matrimonio Temprano

- Entre los determinantes principales de esta situación, se encuentra una menor cobertura y acceso a la educación, barreras para construir proyectos de vida, y creencias culturales que sitúan como rol central de la mujer el ser madre, además del matrimonio temprano. La categoría utilizada por la ENDS 2015 es “inicio de las relaciones sexuales/matrimonio/unión, anticoncepción, aborto e infertilidad posparto (Moreno & Singh, 1996)”. La palabra “aborto” o IVE no aparece.



Determinantes Ambientales: Calidad del Aire

Mejor calidad del aire para proteger la salud Para avanzar hacia este propósito:

- MinAmbiente actualizará los estándares de calidad del aire y de emisión de fuentes móviles hasta llegar al EURO VI, y con MinMinas reglamentará el contenido de azufre en los combustibles para reducir la contaminación atmosférica en Colombia.



Determinantes Ambientales: Calidad del Aire

- Para verificar el cumplimiento de estos estándares, MinTransporte implementará un programa para mejorar la operación, los métodos de medición, la cobertura y el control de los Centros de Diagnóstico Automotor (CDA) y reducir la evasión de la revisión técnico-mecánica y de gases.



Determinantes Ambientales: Calidad del Aire

- MinAmbiente, en coordinación con las autoridades ambientales, establecerá el programa nacional de sustitución de estufas de leña por estufas eficientes. Importante incluir el Cumplimiento de los Planes de descontaminación del aire.



Disminución Recursos para la Salud Pública

- ARTICULO 56°. PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO. Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, financiero y administrativo, que tiene por objeto restablecer la solidez económica y financiera de estas Empresas, y asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.



Disminución Recursos para la Salud Pública

- ARTÍCULO 52. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA Y SUBSIDIOS A LA OFERTA. Este componente comprende dos subcomponentes: el subcomponente de acciones de salud pública y el subcomponente de subsidio a la oferta. Los recursos correspondientes al componente de salud pública y subsidios a la oferta se distribuirán así: El 75% se destinará al subcomponente de Acciones de Salud Pública, y se distribuirá a cada entidad territorial de acuerdo al resultado de la sumatoria de siguientes criterios: población, porcentaje de pobreza de cada entidad territorial, ruralidad, densidad poblacional y eficiencia administrativa.



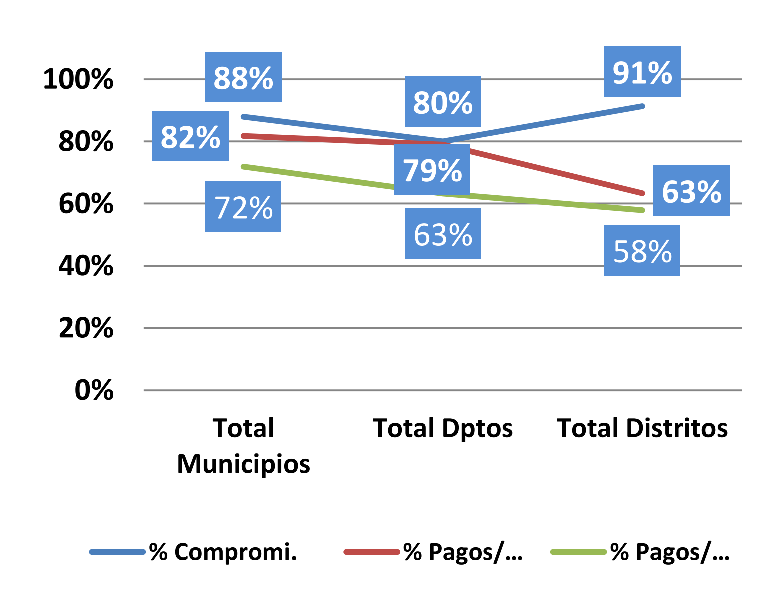
Disminución Recursos para la Salud Pública

- Artículo 52. Distribución de los recursos para financiar las acciones de Salud Pública definidas como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud. Los recursos para financiar las acciones de salud pública, definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de Salud, serán iguales a los asignados durante la vigencia anterior incrementados en la inflación causada y se distribuirán entre los distritos, municipios y corregimientos departamentales, de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991…



Recursos Ejecutados Subcuenta Salud Pública Colectiva 2017

Entidad Territorial	Presupuesto Definitivo	Recursos Comprometidos	Pagos Realizados	% Compromisos	% Pagos/ Compromisos	% Pagos/ Presupuesto Definitivo
Total Municipios	612.210.501	538.508.800	440.358.568	88%	82%	72%
Total Dptos	647.700.811	518.430.606	409.618.626	80%	79%	63%
Total Distritos	263.668.343	240.805.966	152.552.564	91%	63%	58%
Total	1.523.579.655	1.297.745.372	1.002.529.758	86%	75%	64%









Distribución de los Recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva 2018 a Junio por Dimensiones







Talento Humano en salud

- ARTÍCULO 137º. INCENTIVOS A LA CALIDAD Y LOS RESULTADOS EN SALUD. Con el fin de obtener una mejor calidad y mayores resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Gobierno Nacional diseñará los incentivos monetarios, de reconocimiento social y empresarial para los distintos actores del sistema de salud. Lo anterior, se hará con cargo a los recursos para desarrollo de las actividades de promoción y prevención proveniente de la cotización de los afiliados al régimen contributivo para aplicar al sistema de salud.

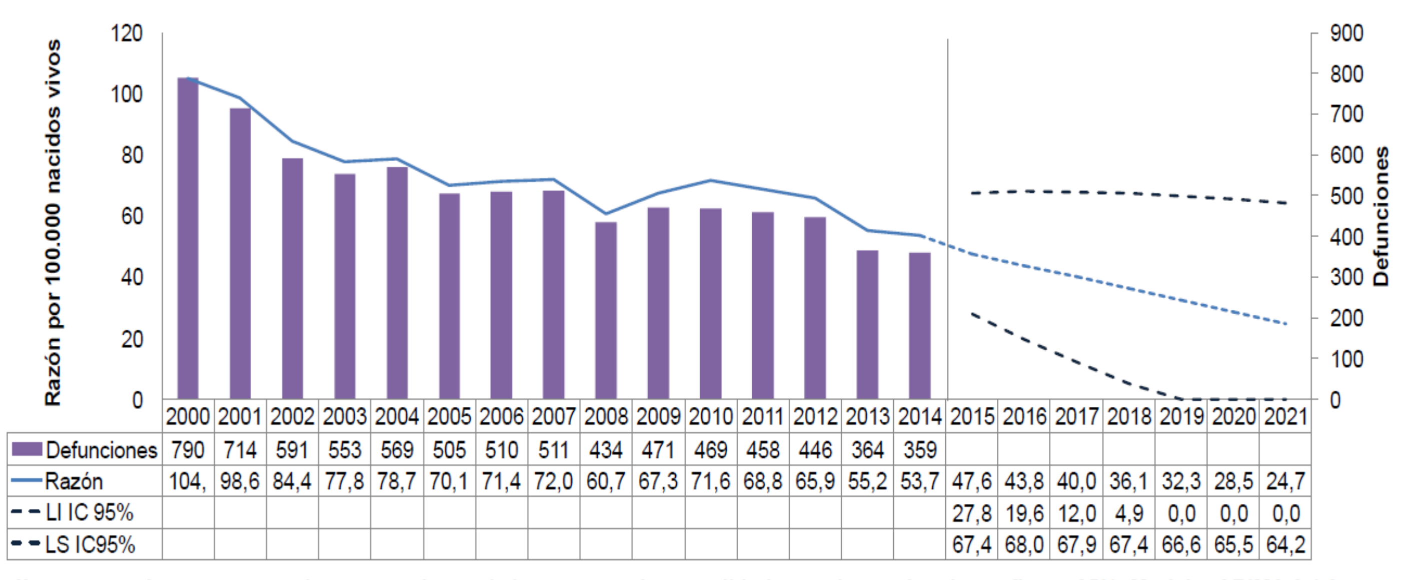


Razón de Mortalidad Materna

- La propuesta de Plan de Desarrollo menciona una razón de mortalidad materna a 42 días (por cada 100.000 nacidos vivos) con línea de base de 51,27 (2016) y para el cuatrienio un cumplimiento de 45,00.
- La gráfica no. 1 muestra que según la proyección epidemiológica la meta en el cuatrienio podría estar por debajo de 25 casos por 100.000 nacidos vivos.



Figura 35.Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2005-2014, proyecciones 2015-2021



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Defunciones	790	714	591	553	569	505	510	511	434	471	469	458	446	364	359							
Razón	104,	98,6	84,4	77,8	78,7	70,1	71,4	72,0	60,7	67,3	71,6	68,8	65,9	55,2	53,7	47,6	43,8	40,0	36,1	32,3	28,5	24,7
LI IC 95%																27,8	19,6	12,0	4,9	0,0	0,0	0,0
LS IC95%																67,4	68,0	67,9	67,4	66,6	65,5	64,2

En línea punteada se presentan las proyecciones de las razones de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS.Consultado el 9 de noviembre de 2016.

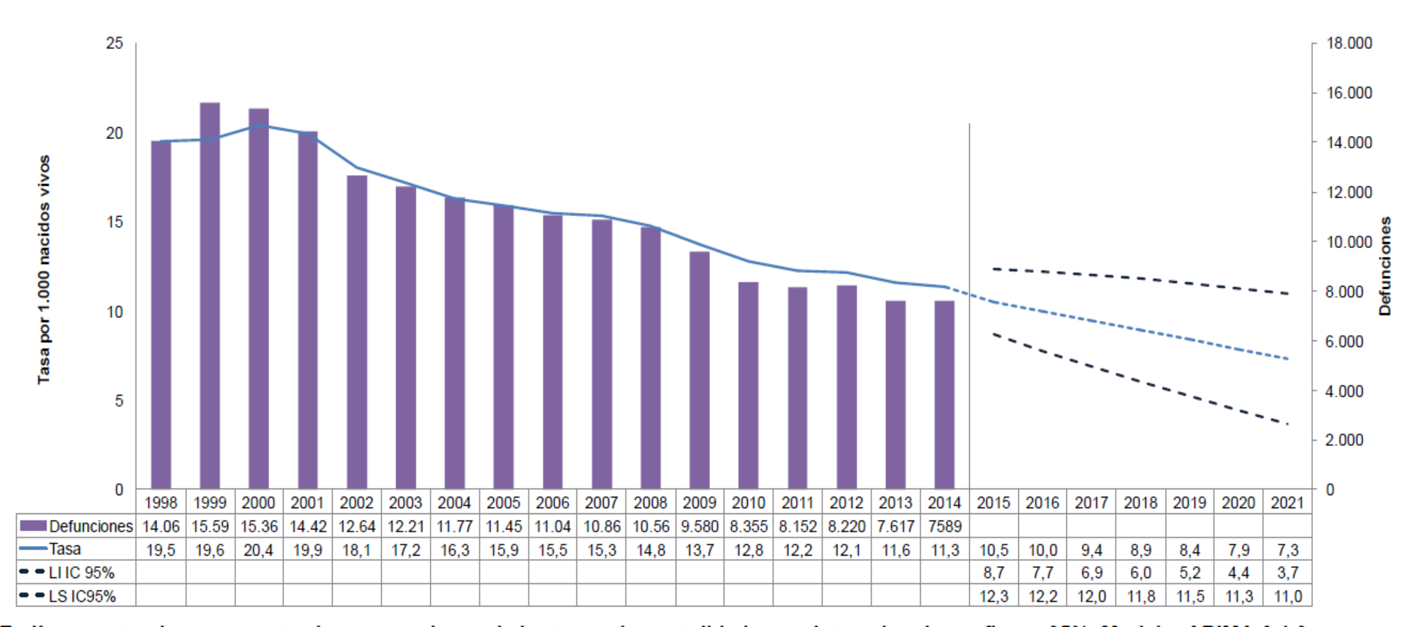


Metas al final cuatrenio Mortalidad Infantil

- La propuesta de Plan de Desarrollo menciona una tasa de mortalidad infantil ajustada (por cada 1000 nacidos vivos) con línea de base de 16,5 (2016) y para el cuatrienio un cumplimiento de 14.
- La grafica no. 2 muestra que según la proyección epidemiológica la meta en el cuatrienio podría estar por debajo de 11 casos por 1000 nacidos vivos.



Figura 46. Mortalidad infantil, 1998-2014, proyecciones 2015-2021



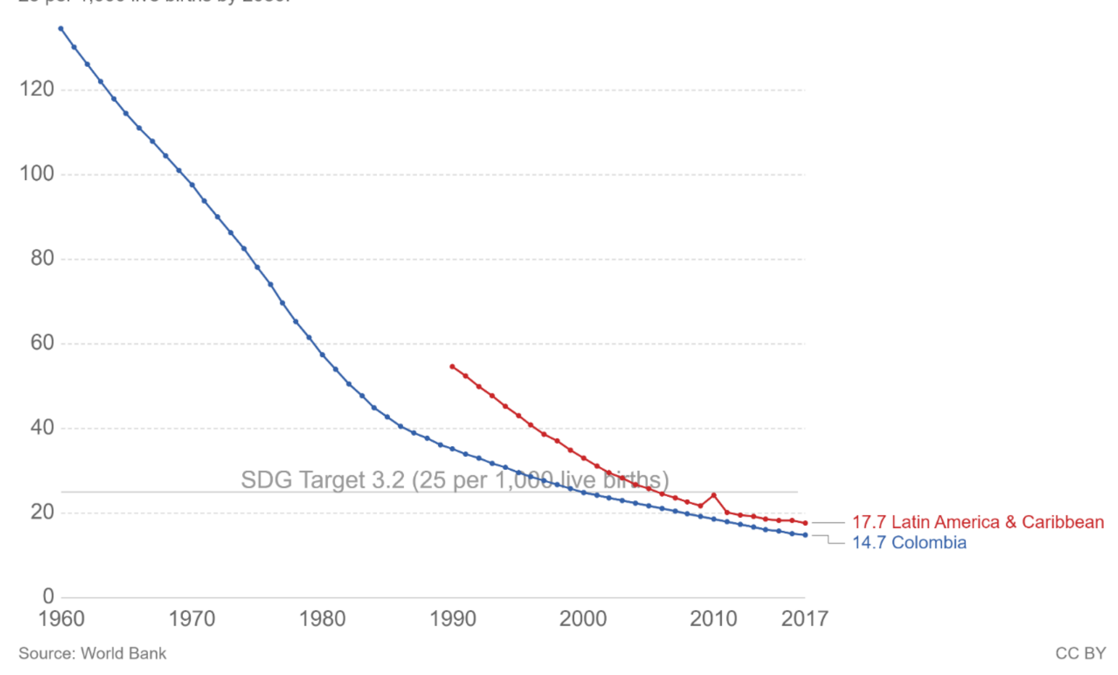
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Defunciones	14.06	15.59	15.36	14.42	12.64	12.21	11.77	11.45	11.04	10.86	10.56	9.580
Tasa	19,5	19,6	20,4	19,9	18,1	17,2	16,3	15,9	15,5	15,3	14,8	13,7
LI IC 95%												
LS IC95%												

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Defunciones	8.355	8.152	8.220	7.617	7589							
Tasa	12,8	12,2	12,1	11,6	11,3	10,5	10,0	9,4	8,9	8,4	7,9	7,3
LI IC 95%						8,7	7,7	6,9	6,0	5,2	4,4	3,7
LS IC95%						12,3	12,2	12,0	11,8	11,5	11,3	11,0

En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2016.



Indicadores trazadores de salud pública





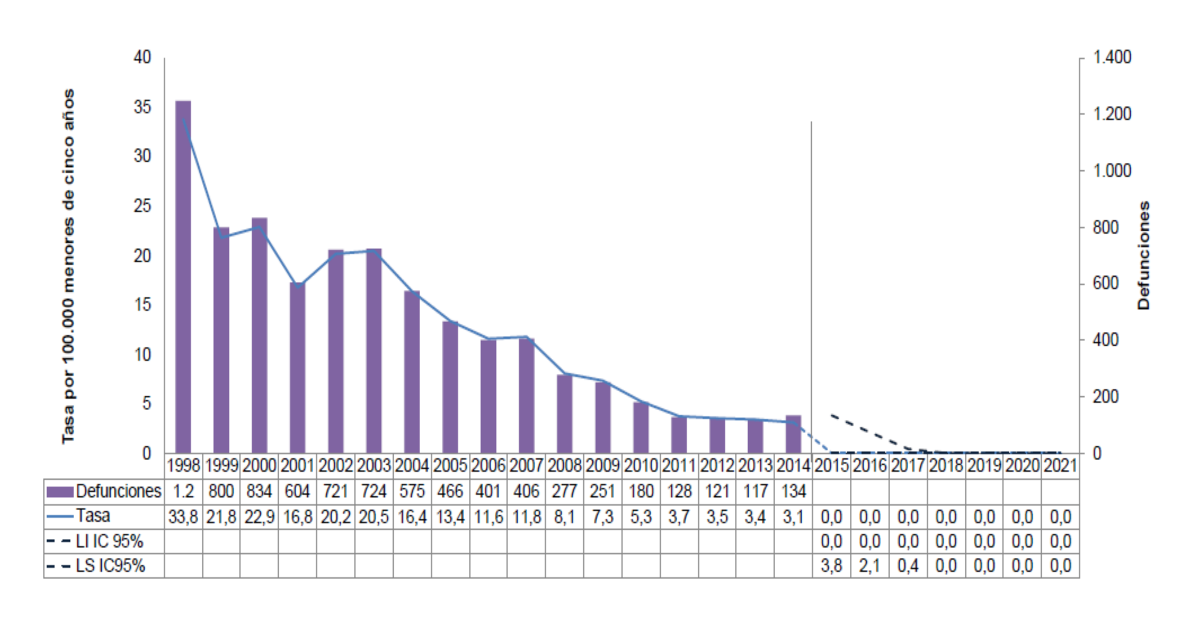


Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

- La propuesta del Plan de Desarrollo menciona un Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) (por cada 1.000 nacidos vivos) con línea de base de 3,46 (2016) y para el cuatrienio un cumplimiento de 3,30.
- La gráfica muestra que según la proyección epidemiológica la meta en el cuatrienio podría estar cercana a cero.



Figura 58. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2014, proyecciones 2015-2021



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Defunciones	1.2	800	834	604	721	724	575	466	401	406	277	251	180	128	121	117	134							
Tasa	33,8	21,8	22,9	16,8	20,2	20,5	16,4	13,4	11,6	11,8	8,1	7,3	5,3	3,7	3,5	3,4	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LI IC 95%																		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LS IC95%																		3,8	2,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0

En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: Holt
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2016.

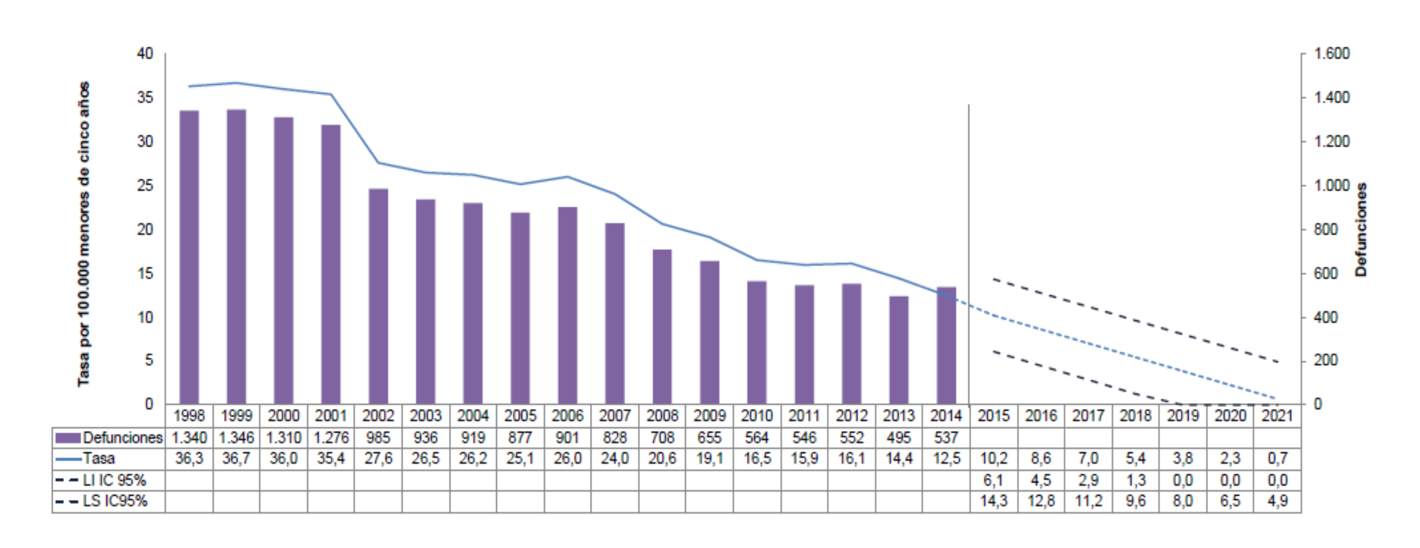


Metas al final cuatrenio Mortalidad IRA

- La propuesta del Plan de Desarrollo menciona una Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA) (por cada 1.000 nacidos vivos) con línea de base de 13,84 (2016) y para el cuatrienio un cumplimiento de 8,90.
- La gráfica no. 4 muestra que según la proyección epidemiológica la meta en el cuatrienio podría estar por debajo de 5.



Figura 62. Tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, 2005-2014, proyecciones 2015-2021



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Defunciones	1.340	1.346	1.310	1.276	985	936	919	877	901	828	708	655	564	546	552	495	537							
Tasa	36,3	36,7	36,0	35,4	27,6	26,5	26,2	25,1	26,0	24,0	20,6	19,1	16,5	15,9	16,1	14,4	12,5	10,2	8,6	7,0	5,4	3,8	2,3	0,7
LI IC 95%																		6,1	4,5	2,9	1,3	0,0	0,0	0,0
LS IC95%																		14,3	12,8	11,2	9,6	8,0	6,5	4,9

En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: Holt
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2016.



- Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años (por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años) 61 a 56



Fuente: Estadística Vitales DANE – Cálculos SISPRO

2.4 Distribución geográfica

10 A 14 AÑOS

N

Legend - tf 10 a 14
Missing or Excluded
1,68 - 2,56
2,57 - 3,17
3,18 - 3,84
3,85 +

100000200000 400000 Map Units

15 A 19 AÑOS

N

Legend - t f 15 a 19
Missing or Excluded
45,33 - 62,73
62,74 - 69,51
69,52 - 79,87
79,88 +

100000200000 400000 Map Units



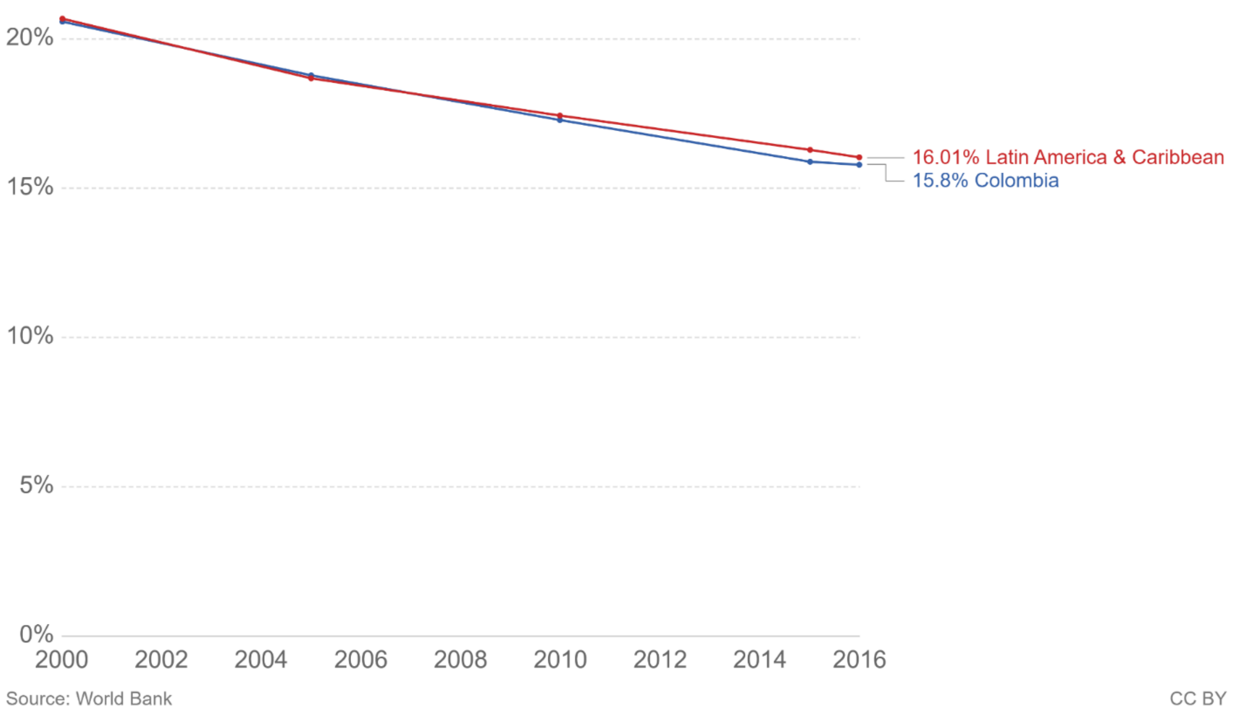
Enfermedades crónicas no transmisibles

- Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en población entre 30 y hasta 70 230,57 (2016) a 224,97 años (por cada 100.000 personas entre 30 y 70 años)



Enfermedades crónicas no transmisibles







Fuente: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=51B56F4744FA902E88583E252633079D?sequence=1

CHILE

17 763 000	84%	87 000	11%
Total population	Percentage of deaths from NCDs	Total number of NCD deaths	Risk of premature death from target NCDs

1	National NCD targets	●
2	Mortality data	●
3	Risk factor surveys	◐
4	National integrated NCD policy/strategy/action plan	●
5	Tobacco demand-reduction measures:	
a	increased excise taxes and prices	●
b	smoke-free policies	●
c	large graphic health warnings/plain packaging	●
d	bans on advertising, promotion and sponsorship	◐
e	mass media campaigns	○
6	Harmful use of alcohol reduction measures:	



COLOMBIA

48 229 000	73%	178 000	15%
Total population	Percentage of deaths from NCDs	Total number of NCD deaths	Risk of premature death from target NCDs

1	National NCD targets	●
2	Mortality data	●
3	Risk factor surveys	◐
4	National integrated NCD policy/strategy/action plan	●
5	Tobacco demand-reduction measures:	
a	increased excise taxes and prices	○
b	smoke-free policies	●
c	large graphic health warnings/plain packaging	◐
d	bans on advertising, promotion and sponsorship	●
e	mass media campaigns	●
6	Harmful use of alcohol reduction measures:	
a	restrictions on physical availability	◐
b	advertising bans or comprehensive restrictions	○
c	increased excise taxes	●



COLOMBIA

48 229 000	73%	178 000	15%
Total population	Percentage of deaths from NCDs	Total number of NCD deaths	Risk of premature death from target NCDs

1	National NCD targets	●
2	Mortality data	●
3	Risk factor surveys	◐
4	National integrated NCD policy/strategy/action plan	●
5	Tobacco demand-reduction measures:	
a	increased excise taxes and prices	○
b	smoke-free policies	●
c	large graphic health warnings/plain packaging	◐
d	bans on advertising, promotion and sponsorship	●
e	mass media campaigns	●
6	Harmful use of alcohol reduction measures:	
a	restrictions on physical availability	◐
b	advertising bans or comprehensive restrictions	○
c	increased excise taxes	●
7	Unhealthy diet reduction measures:	
a	salt/sodium policies	DK
b	saturated fatty acids and trans-fats policies	●
c	marketing to children restrictions	○
d	marketing of breast-milk substitutes restrictions	◐
8	Public education and awareness campaign on physical activity	DK
9	Guidelines for management of cancer, CVD, diabetes and CRD	●
10	Drug therapy/counselling to prevent heart attacks and strokes	●



Conclusiones

- Aspectos Financieros: Cuadrar Caja
- Continua el Modelo Actual de Salud: Intermediación-Fragmentación-Segmentación
- Cómo esta la Salud Pública?-Metas pueden ser más exigentes
- Utilizar el Enfoque de Derechos (Máximos) y de Interseccionalidad.



Gracias

Luis Jorge Hernández Flórez

Profesor Asociado Universidad de los Andes

@ljhernandezf